

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

162

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean NEVEU

Né le 5 avril 1912, à Fougerolles-du-Plessis (Mayenne)
Interne des Hôpitaux de Paris

Technique
de la Parotidectomie totale
avec Conservation intégrale
du Nerf facial

Président : M. P. DUVAL, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1941



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean NEVEU

Né le 5 avril 1912, à Fougerolles-du-Plessis (Mayenne)
Interne des Hôpitaux de Paris

Technique de la Parotidectomie totale avec Conservation intégrale du Nerf facial

Président : M. P. DUVAL, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

===== PARIS, 1941 =====

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÈGES RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		BROCQ	
CATHALA.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SÉZARY			

MM.

ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET

Chirurgien de l'Hôpital Necker

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BASSET

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. OKINCZYK

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Paris

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU
MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. VILLARET
MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR LÉCHELLE

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BASSET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. OKINCZYK
MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN AUDOUIN

Ancien Chef de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AMELINE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR SERGE HUARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Secrétaire général à la Santé publique et à la Famille

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. CORDIER

A MESSIEURS LES DOCTEURS REDON ET PADOVANI

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SICARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MESSIEURS LES DOCTEURS J. HEPP
ET ALAIN MOUCHET

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAROLI

Médecin des Hôpitaux de Paris

A MESSIEURS LES DOCTEURS J. ANTONELLI, RACINE
TH. GIBERT, JACQUES MARTIN, ROGER PETIT

Technique de la Parotidectomie totale avec Conservation intégrale du Nerf facial

INTRODUCTION

Ayant eu, récemment, l'occasion d'observer chez plusieurs malades les excellents résultats de la parotidectomie totale avec conservation intégrale du nerf facial, nous avons été conduit à rechercher une technique complète et détaillée de cette intervention.

Nous avons ainsi constaté que, depuis la publication en 1914 dans la *Revue de Chirurgie* de l'article princeps de M. le Professeur P. DUVAL, elle n'avait été l'objet que de descriptions ou trop schématiques ou trop imprécises, nous a-t-il semblé, pour qui n'a pas l'expérience de cette chirurgie.

C'est pourquoi nous nous sommes attaché à ce travail.

Il nous fut inspiré au cours de notre internat dans le service de notre Maître M. le Docteur BERGERET à qui nous sommes heureux d'exprimer toute notre reconnaissance pour le précieux enseignement et l'éducation chirurgicale qu'il nous a donnés. Nous le prions de bien vouloir trouver à cette place l'hommage de notre respectueux et très profond attachement.

C'est à son Assistant, M. le Docteur Jean AUDOUIN, que nous devons l'essentiel de cette thèse. Qu'il nous soit permis de l'assurer ici de notre affectueuse reconnaissance pour tout ce que nous avons appris à ses côtés et l'amitié qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous exprimons notre gratitude à M. le Professeur ROUVIÈRE et à M. le Professeur agrégé G. CORDIER qui nous ont permis de poursuivre dans leurs laboratoires nos recherches anatomiques.

Nous remercions également MM. les Docteurs REDON, A. SICARD et PADOVANI du bienveillant accueil qu'ils nous ont toujours réservé et de la contribution qu'ils ont bien voulu apporter à la documentation de ce travail en nous communiquant leurs observations.

Décrire une technique de parotidectomie totale avec conservation intégrale du nerf facial qui permette à tout chirurgien d'entreprendre cette intervention avec la certitude de la mener à bien en toute sécurité : tel est le but de notre thèse.

GÉNÉRALITÉS

Nous limitant à l'exposé d'une technique opératoire nous ne voulons pas ouvrir une discussion sur les indications de la parotidectomie dans le traitement des tumeurs de la parotide.

Cependant, il est de toute évidence que la parotidectomie totale avec conservation complète du nerf facial ne s'adresse pas au cancer de la parotide, et il ne saurait être question ici que des tumeurs « cliniquement bénignes » de cette glande.

Depuis les travaux de P. DUVAL, REDON, MOUTIER, LEROUX et LEROUX-ROBERT (1) la nécessité d'opposer à ces tumeurs l'extirpation de la glande n'est plus à démontrer, et, tout récemment les importantes études de Roux-BERGER (2) ont encore remis en valeur, dans le traitement des tumeurs dites mixtes, l'opportunité de la parotidectomie totale.

*
* *
*

C'est au professeur P. DUVAL que revient le mérite d'avoir, en 1914, donné le premier essor à la pratique

1. P. DUVAL et H. REDON, *Journal de Chirurgie*, t. 39, n° 6, juin 1932 ; F. MOUTIER et H. REDON, *Journal de Chirurgie*, t. 41, n° 1, janvier 1933 ; R. LEROUX et J. LEROUX-ROBERT, *Annales d'Oto-laryngologie*, février 1936.

2. J.-L. ROUX-BERGER et Mlle JADLOVKER, Mémoires de l'Acad. de Chir., t. 65, n° 10, séance du 22 mars 1939 ; J.-L. ROUX-BERGER, *Presse Médicale*, 4 décembre 1940.

systématique de cette intervention en en décrivant une technique qui comportait la recherche primitive du tronc du nerf facial et la conservation de sa branche supérieure.

En effet, grâce à cette technique étaient évitées les redoutables accidents oculaires qui faisaient de la parotidectomie, telle qu'on la concevait autrefois, une intervention si mutilante.

Le sacrifice de la branche inférieure du facial imposait toutefois aux opérés une déformation disgracieuse du visage que de nombreux procédés cherchaient certes à atténuer ; qu'il s'agisse du soutien prothétique de la commissure labiale ou des autoplasties aponévrotiques ou musculaires (1).

Mais les résultats n'étaient qu'incomplets et l'on conçoit que de nombreux chirurgiens soient restés fidèles à l'énucléation malgré les échecs quasi constants de cette opération « aveugle » et les risques qu'elle pouvait présenter pour l'avenir.

Il est incontestable que, pour devenir une intervention courante qui puisse être toujours facilement acceptée, en particulier des malades jeunes atteints d'une tumeur petite et parfaitement silencieuse, la parotidectomie ne devait porter aucune atteinte importante à l'esthétique. Pour secondaire qu'elle puisse paraître, cette notion d'esthétique n'en joue pas moins un rôle de premier plan dans toute la chirurgie de la face.

C'est en 1938, lorsque PADOVANI et REDON communiquèrent leurs belles observations (2), que furent connues les possibilités de conserver intégralement le facial (3).

1. Telle l'utilisation du digastrique proposée et décrite par Cadenat, *Journal de Chirurgie*, t. 48, n° 5, novembre 1936.

2. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. 64, n° 31, séance du 7 décembre 1938.

3. Des cas isolés de parotidectomie avec conservation complète du nerf facial sont signalés dans la littérature étrangère : VON HABERER

Enfin, se trouvaient conciliées les nécessités théoriques de l'intervention et la bénignité apparente de la lésion.

La parotidectomie pouvait dès lors s'imposer comme l'intervention idéale en présence de toute tumeur cliniquement bénigne de la parotide.

*
* *
*

Il semblerait, d'après certains auteurs, que la conservation des deux branches du facial ne doive être envisagée que dans des cas rarissimes (ROUX-BERGER).

Nous sommes persuadé au contraire qu'elle est presque toujours parfaitement réalisable et que, par suite, il est permis d'assurer aux malades une *restitutio ad integrum* de la mimique faciale.

L'intervention il est vrai, est minutieuse, délicate, et nécessite un plan opératoire nettement établi, mais rien ne s'oppose le plus souvent à la dissection complète des filets nerveux.

L'objection que soulève ROUX-BERGER lorsqu'il écrit « cela doit nécessiter beaucoup de manipulations fâcheuses au ras de la tumeur qui risque d'être blessée pour peu qu'elle soit volumineuse » nous semble plus théorique que réelle.

En effet, la dissection du facial et de ses rameaux ne lèse généralement pas la tumeur dont le siège le plus habituel est le plan superficiel ou le pôle inférieur de la glande.

Dans nos 17 observations, deux fois seulement les filets étaient englobés par la tumeur, mais, même en

(1909) ; HANS BURCKHARD (1923) : SALTZSTEIN (1923) mais ils n'ont pas tout le poids des observations convaincantes de PADOVANI et REDON qui incontestablement ont fait date dans la pratique de cette intervention.

pareil cas, il nous paraît excessif de les sacrifier délibérément.

Quant à la biopsie extemporanée, étant donné les difficultés d'interprétation des coupes, ses résultats sont trop incertains pour qu'elle puisse être décisive dans la conduite à tenir : même si la tumeur est histologiquement dégénérée, rien à l'heure actuelle ne nous permet d'affirmer que sa malignité est suffisante pour faire de la dissection du facial un acte grave risquant de provoquer l'essaimage.

*
* * *

La parotidectomie totale avec conservation complète du facial telle que nous la décrivons comprend l'exérèse de la glande dans sa totalité : ablation de ses plans superficiel et profond et de tous ses prolongements et cela, quel que soit le siège de la tumeur.

Une exérèse systématiquement aussi complète paraîtra peut-être excessive. L'essentiel n'est il pas seulement d'enlever largement avec la tumeur la portion de parotide qui lui est adjacente, réalisant ainsi une *parotidectomie partielle*, ce qui évite la dissection d'une des branches du facial et partant sa parésie post-opératoire.

Ou bien n'est-il pas suffisant (envisageant bien entendu le cas le plus habituel où la tumeur siège dans le lobe superficiel ou le pôle inférieur de la glande) de pratiquer une *parotidectomie subtotal*e en abandonnant la partie profonde de la glande située en dedans et au-dessus du facial ?

Un recul de plusieurs années nous paraît nécessaire pour juger de la supériorité de telle ou telle étendue d'exérèse.

Actuellement, en l'absence d'éléments de certitude il nous semble que seule l'ablation rigoureusement totale

de la glande, telle qu'elle est pratiquée systématiquement par nous, éclectiquement par certains, peut donner, en supprimant toute possibilité de récurrence glandulaire, une sécurité absolue pour l'avenir.

Certes, l'intervention est prolongée par le temps délicat que constitue l'ablation du plan profond de la glande, nécessite une libération plus complète du facial ; les résultats de l'extirpation complète n'en sont pas moins excellents. Les photographies que nous publions en témoignent.

Aussi, encouragé par de tels résultats, pouvons-nous dire que la *parotidectomie totale avec conservation intégrale du nerf facial* doit devenir la règle en présence de toute tumeur cliniquement bénigne de la parotide.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous nous sommes attaché à décrire de façon minutieuse une technique précise, applicable sans modifications importantes à la presque totalité des cas, quels que soient le siège et le volume de la tumeur, quelles que soient les anomalies de trajet des branches du facial.

Les figures qui l'illustrent en schématisent les temps successifs et c'est à dessein que pour garder à cette technique son caractère systématique, nous n'avons pas représenté la tumeur.

Certes, dans cette description, certains détails ont été déjà signalés et publiés. Disons dès maintenant cependant que la technique que nous proposons, technique pratiquée dans les cas (1) qui sont à la base de cette thèse, comprend une incision très étendue avec, en particulier, un débridement supérieur qui donne le jour nécessaire tant pour l'exérèse du prolongement glandulaire qui accompagne le canal de Sténon que pour la libération, toujours très délicate du pôle supérieur de la glande.

Cette technique ne comporte pas de section de l'apophyse mastoïde. Il nous a semblé, en effet, que ce temps n'était pas indispensable, tout au moins dans les cas habituels, ni pour découvrir le tronc du facial ni pour

1. Technique D^r AUDOUIN (obs. 1 à 5).

l'abord de la parotide (1). C'est aussi l'avis de CADENAT (2). D'ailleurs, la section de la mastoïde n'est pas toujours très facile à exécuter, en particulier dans les cas de mastoïdes pneumatiques qui se fragmentent (LERICHE) (3).

Elle peut rester indiquée cependant dans les cas de tumeurs impossibles à récliner ; l'apophyse doit alors être sectionnée assez haut afin d'avoir le jour suffisant pour aborder par en arrière le tronc du facial.

Le procédé, proposé par WELTI (4), qui consiste à ruginer le bord antérieur de la mastoïde, ne nous paraît pas trouver son utilité lorsqu'on aborde le tronc du facial par la voie pré-auriculaire ; en outre, cette manœuvre crée, en ouvrant le conduit auditif externe, un « incident » qui, *a priori*, ne nous semble pas négligeable.

* * *

Avant d'entreprendre l'exposé de cette technique nous croyons devoir insister sur l'intérêt qu'il y a, pour conduire l'intervention avec facilité ; à suivre « à la lettre » le plan opératoire que nous indiquons et à garder à chacun des temps opératoires la place et l'importance que nous leur donnons.

Instrumentation.

L'instrumentation courante est suffisante. Cependant il est très utile d'avoir à sa disposition :

Une sonde cannelée fine,

Un bistouri fin et étroit,

1. Nous ne l'avons pratiquée que dans l'observation n° 1.

2. *Journal de Chirurgie*, t. 48, n° 5, novembre 1936.

3. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, séance du 11 janvier 1939, t. 65, n° 1.

4. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. 65, n° 29, séance du 13 décembre 1939 et t. 62, n° 11 (fig. 1 et 2), séance du 25 mars 1936.

De petits ciseaux,
Des pinces à disséquer fines,
Des petites pinces de Terrier,
Des pinces de Chaput ou d'Ombredanne,
Des écarteurs à griffes d'Ollier,
Un passe-fil,
Un dissecteur fin.
Un crochet fin.

Position du malade.

Le malade dont on aura préalablement rasé le pourtour de l'oreille et rassemblé les cheveux sous un pansement ou un bonnet, sera couché sur le dos, la tête en légère extension (alèze pliée sous les épaules) et en rotation du côté opposé.

Opérateur du côté malade.

La position demi-assise, préconisée par DE MARTEL dans les interventions cervicales, ne nous semble pas utile, car on est frappé du peu d'importance de l'hémorragie, même si l'on a pas lié la carotide externe avant la dissection des branches du facial.

Les champs seront fixés directement à la peau (boutons dermiques aux points de fixation des pinces).

Le champ opératoire doit être large, découvrant l'oreille, les régions zygomatique, jugale et cervicale.

Anesthésie.

L'anesthésie locale est à notre avis préférable non pas pour vérifier la mimique faciale, geste illusoire et inutile, mais parce que l'intervention est souvent longue (2 heures ou plus) et que la dissection des branches du facial doit toujours être faite sans la moindre précipitation et « en toute tranquillité ».

L'anesthésie locale est suffisante, elle est très efficace.

Seule la traction sur l'anastomose avec l'auriculo-temporal lors de la dissection de la branche supérieure du facial provoque quelques douleurs ; celles-ci cessent dès que l'anastomose est sectionnée.

Nous la pratiquons plan par plan « à la demande » avec une solution de novocaïne à 1 pour 200 adrénalinée (1,4 ou 1/2 milligr. d'adrénaline pour 100 cmc. de solution anesthésique).

Elle est précédée de deux injections de 1 centigramme de morphine (1 h 1/4 et 1/4 d'heure avant l'intervention).

La scopolamine-morphine, le scophédal (SICARD, TOUPET) ou le rectanol peuvent être utilisés également comme anesthésiques de base.

Certains auteurs restent cependant fidèles à l'anesthésie générale (PADOVANI, REDON).



FIGURE 1.

Incision cutanée.

En pointillé, les débridements complémentaires qui peuvent être utiles ultérieurement.

I. — INCISION CUTANÉE (Fig. 1).

Les repères.

L'arcade zygomatique,
Le sillon pré-auriculaire,
L'apophyse mastoïde,
L'angle de la mâchoire,
Le relief du muscle sterno-cléido-mastoïdien,
L'espace thyro-hyoïdien.

Son tracé

en « ligne brisée » comprend :

Une branche horizontale, sus-zygomatique

longue de deux centimètres environ (1) commençant ou finissant à l'insertion supérieure du pavillon de l'oreille et passant dans la naissance des cheveux.

Une branche verticale, pré-auriculaire

qui suit le sillon pré-tragien (2) et atteint en bas la racine du lobule de l'oreille.

Une branche horizontale, sous-lobulaire

qui sous-croise au plus près la racine du lobule de l'oreille

1. Cette incision, au début, doit rester courte pour ne pas risquer de léser les rameaux temporaux du facial (voir fig. 6). Au cours de l'intervention on pourra être amené à la prolonger, mais seulement après dissection de ces filets.

2. Ne pas hésiter à faire passer l'incision au ras du tragus ; la suture, en fin d'intervention, est toujours facile, l'étoffe toujours suffisante.

et se termine sur la face externe de la saillie mastoïdienne, un peu en avant de son bord postérieur.

Une branche oblique, cervicale,

qui, de la mastoïde, descend en plein sur la face externe (1) du muscle sterno-cléido-mastoïdien — et non le long de son bord antérieur — jusqu'en regard de l'espace thyro-hyoïdien (à 4 ou 5 centimètres environ au-dessous de l'angle de la mâchoire) (2).

Avantages de cette incision.

Cette longue incision qui donne tout le jour que réclament l'abord du facial et l'extirpation de la parotide, compromet au minimum l'esthétique.

En effet, successivement dissimulée par les cheveux, confondue avec le sillon pré-tragien et masquée par le lobule de l'oreille, elle reste pratiquement invisible dans toute sa partie faciale. Seule sa branche cervicale risquerait d'être apparente, mais le temps finit toujours par l'estomper.

D'autre part, cette incision tient compte des irrégularités de trajet des branches du facial.

Nous insistons sur l'étendue de cette incision qui seule permettra d'effectuer sans difficultés les temps suivants. On aura toujours à regretter de l'avoir faite plus petite.

1. On peut être amené à la reporter plus en arrière encore en cas de tumeur développée à la face externe du sterno-cléido-mastoïdien (voir photographie observation V).

2. Cette incision doit passer très à distance de l'angle de la mâchoire pour éviter de façon certaine la branche inférieure du facial. Il ne faut pas oublier que, du fait de la rotation externe de la tête, l'incision peut sembler très postérieure; en réalité, elle est toujours beaucoup plus antérieure qu'on ne croyait l'avoir faite. D'autre part, la suite de l'intervention nous montre qu'il faut descendre très bas pour avoir un jour suffisant en particulier pour la ligature de la carotide externe. On aura même parfois besoin d'un petit débridement antérieur, mais qu'il ne faudra faire qu'ultérieurement. Nous en reparlerons en temps utile.

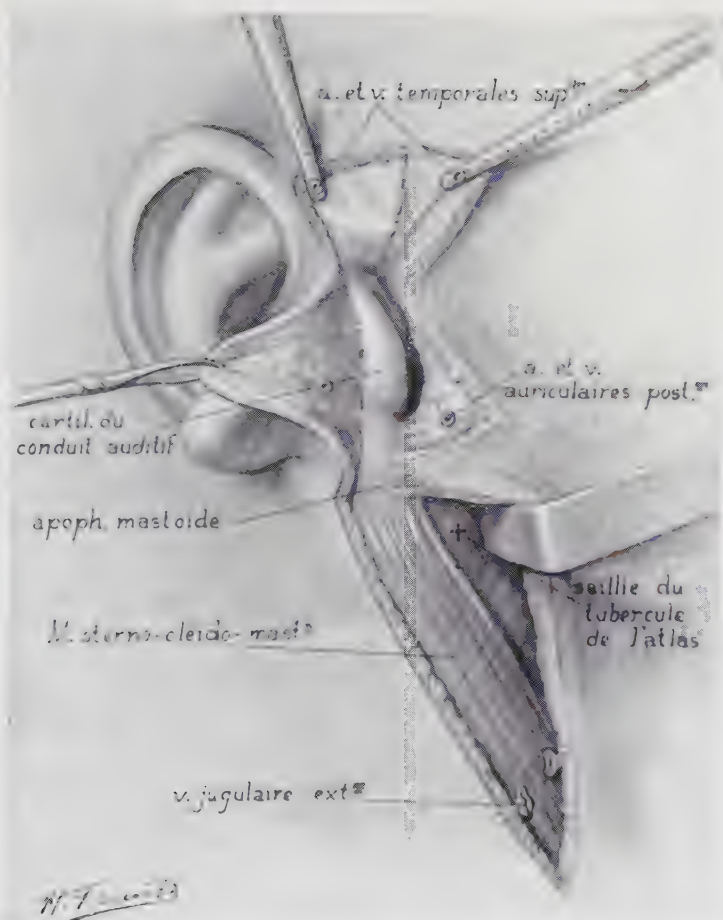


FIGURE 2.

Libération des zones auditive et sterno-mastoïdienne.

II. — INCISION DES PLANS SUPERFICIELS

(Fig. 2).

Elle va tendre à libérer la face postérieure de la glande sans chercher à libérer sa face superficielle (1) qui restera attenante à la peau jusqu'au clivage complet de la glande.

Elle se fait de haut en bas et permet de libérer en haut la zone auditive pré-tragienne, en bas la zone sterno-mastoïdienne, entre lesquelles se tend le trousseau fibreux qui masque le facial.

a) Reprenant l'angle supérieur de l'incision (branche suszygomatique et tiers supérieur de la branche pré-auriculaire) le bistouri incise à fond le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose du temporal et l'apophyse zygomatique.

Les vaisseaux temporaux superficiels (accompagnés du rameau temporal du nerf auriculo-temporal) sont sectionnés près de l'oreille, on en pratique l'hémostase.

On récline en avant l'angle supérieur de l'incision qu'on libère en rasant l'aponévrose temporale.

b) Puis, abordant le tiers moyen de l'incision pré-auriculaire (région pré-tragienne) le bistouri, après avoir sectionné quelques tractus fibreux, cherche le contact du

1. Une telle libération serait dangereuse car la branche inférieure du facial devient parfois rapidement superficielle ; elle serait nuisible, gênant la traction sur la glande par l'intermédiaire de la peau et diminuant ainsi le jour opératoire.

cartilage du conduit auditif externe dont la surface blanchâtre est alors libérée aux ciseaux mousses.

Ne quittant pas le plan du cartilage, qu'il faut éviter d'entamer, la pointe des ciseaux fermés, dirigée en profondeur (un peu en avant, très nettement vers le bas) pénètre dans une zone décollable toujours très nette, *zone auditive* de J.-L. FAURE profonde de plusieurs centimètres, et cela, sans aucune crainte, jusqu'au contact osseux du tympanal (fig. 5).

c) Pour libérer le tiers inférieur de l'incision pré-auriculaire en même temps que la région sous-lobulaire une pince à disséquer saisit la racine d'insertion du lobule, la récline en haut et en arrière au fur et à mesure que la pointe du bistouri, horizontale, sectionne de petits tractus fibreux ; cette libération se fait sans quitter le tissu cellulaire sous-cutané pour éviter, et de perforer la peau, et d'entamer la parotide dont apparaissent à ce niveau quelques glandules.

Les vaisseaux auriculaires postérieurs sont liés.

On arrive ainsi en arrière à la face externe de la mastoïde.

d) Sur toute l'étendue de l'incision cervicale, le bistouri incise à fond jusqu'à ce qu'apparaissent nettement les fibres musculaires du sterno-cléido-mastoïdien dont on a ainsi ouvert la gaine de bout en bout.

Habituellement, près de l'angle inférieur de la plaie on doit faire l'hémostase de la veine jugulaire externe.

Le bistouri suivant parallèlement les fibres du muscle l'isole de sa gaine, libérant sa face superficielle, puis son bord antérieur et un peu de sa face profonde, libération soigneuse depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'angle inférieur de l'incision. On a libéré la *zone sterno-mastoïdienne*.

e) On complète cette libération en dégageant de bas en

haut le bord antérieur de l'apophyse mastoïde pour rejoindre la zone décollée auditive.

A ce moment on ne risque nullement de blesser le facial si l'on a soin de rester au contact du cartilage du conduit auditif et au contact du bord antérieur de la mastoïde (voir fig. 5) car l'émergence du nerf est très profonde, plus profonde que la pointe du cartilage, plus profonde que la mastoïde.

A ce moment d'ailleurs, il ne faut pas chercher à voir le facial.

III. — RECHERCHE ET LIBÉRATION DU MUSCLE DIGASTRIQUE (fig. 3).

Ce temps capital, si l'on veut l'intervention facile, doit être exécuté, nous le répétons, avant de se préoccuper de la recherche du tronc du facial.

L'incision cervicale a fait apparaître, en avant du sterno-cléido-mastoïdien libéré, une zone cellulo aponévrotique « zone sous-maxillaire », aisément décollable (fig. 2), exsangue, que la pointe des ciseaux ou le doigt élargit sans difficulté sous la parotide, et sous l'angle de la mâchoire ; les tissus se laissent refouler très loin, jusque vers la région sus-hyoïdienne.

Un écarteur les maintient réclinés.

Pour trouver le digastrique avec facilité il faut le chercher très haut, immédiatement au-dessous et en avant de la pointe de la mastoïde. Cette recherche est facilitée par la palpation de l'apophyse transverse de l'atlas qui le soulève (fig. 2).

On sentira aisément cette apophyse en introduisant le doigt entre la branche montante, doublée de la parotide, et la pointe de la mastoïde.

Sur la saillie de l'apophyse transverse de l'atlas, une courte incision *verticale* aponévrotique laisse apparaître les fibres horizontales du ventre postérieur du digastrique.

Sur le plat des ciseaux introduits dans la brèche aponévrotique ainsi créé, on incise longitudinalement la

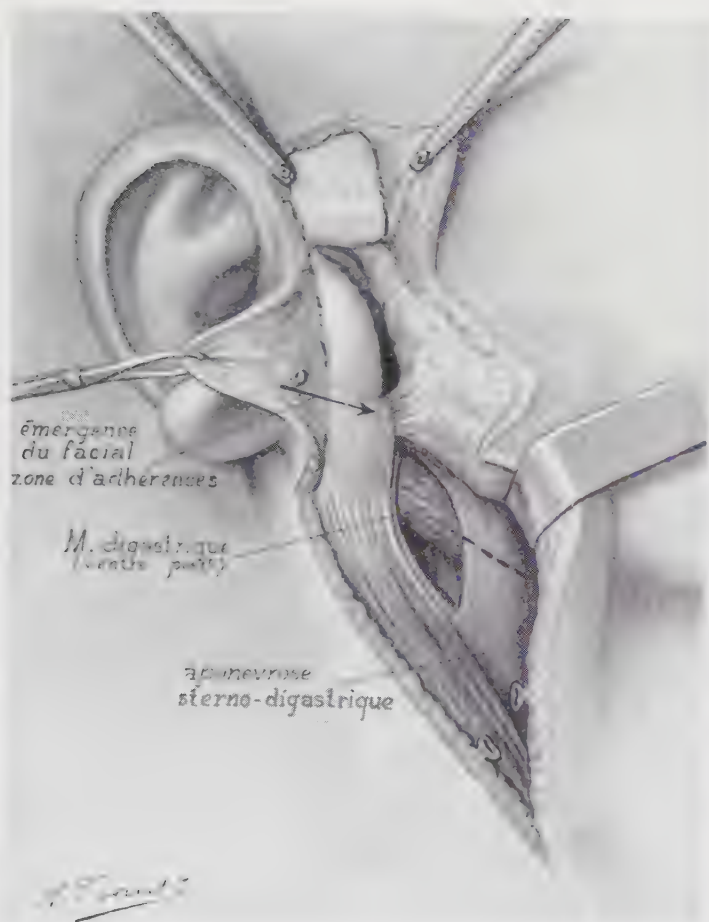


FIGURE 3.

Libération du digastrique.

La flèche parallèle au sillon masto-cartilagineux à $1 \frac{m}{m}$ au-dessous de lui indique exactement l'émergence du facial en profondeur.

gaine du muscle parallèlement à sa direction, jusqu'à voir nettement en bas son tendon intermédiaire (1).

En évitant de le dilacérer, on libère prudemment son bord supérieur le plus bas possible jusqu'au tendon intermédiaire, le plus haut possible jusque dans sa partie sous-mastoïdienne, puis un peu de sa face profonde, restant bien à son contact (2).

A la partie haute du bord supérieur du muscle on doit découvrir un petit filet nerveux qui l'aborde verticalement, c'est le nerf du ventre postérieur du digastrique (fig. 4). Il sera plus tard un repère dans la découverte du tronc du facial qui lui a donné naissance.

On a ainsi libéré une partie de la face profonde du pôle inférieur de la parotide (3) dont on va terminer la libération au cours de la ligature de la carotide externe.

1. Incision qu'on peut faire sans hésiter : elle ne risque en effet de blesser ni l'artère faciale, profonde par rapport au digastrique, ni la veine faciale, réclinée avec la glande sous-maxillaire et les plans superficiels.

2. Se rappelant de la proximité du paquet jugulo-carotidien qu'on ne voit d'ailleurs jamais car il reste masqué par un feuillet fibreux.

3. L'incision de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien a sectionné le point d'attache postérieur de la bandelette sterno-maxillaire.

IV. — LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE (Fig. 4).

Nous conseillons de la faire à ce moment car elle permet de terminer la libération de la face profonde de la glande. Cependant, on peut très bien ne l'effectuer que dans un temps ultérieur (1) : l'hémorragie glandulaire, quoiqu'on en ait dit et comme nous le verrons plus loin, n'est pas très gênante au cours de la dissection du facial.

Pratiquée comme nous le proposons, dans la loge parotidienne, c'est-à-dire après la traversée du diaphragme stylien elle présente l'avantage d'imposer la libération de la face profonde de la glande et d'éviter la dissociation d'un nouvel espace cellulaire que nécessite la ligature classique.

Elle est facilitée par la libération du muscle stylo-hyoïdien. C'est très bas en avant du tendon intermédiaire du digastrique qu'il faut rechercher ce muscle ; il est si grêle en effet, qu'il est parfois difficile de le découvrir plus haut. On libère de bas en haut, à la sonde cannelée, son bord antérieur et sa face superficielle jusqu'à la base de l'apophyse styloïde.

Dès lors, en éversant la glande et en réclinant l'angle

1. Soit après la découverte du tronc du facial, soit après le clivage de la glande. D'ailleurs elle n'est pas indispensable lorsqu'on laisse la partie profonde de la glande (parotidectomies sub-totale ou partielle).

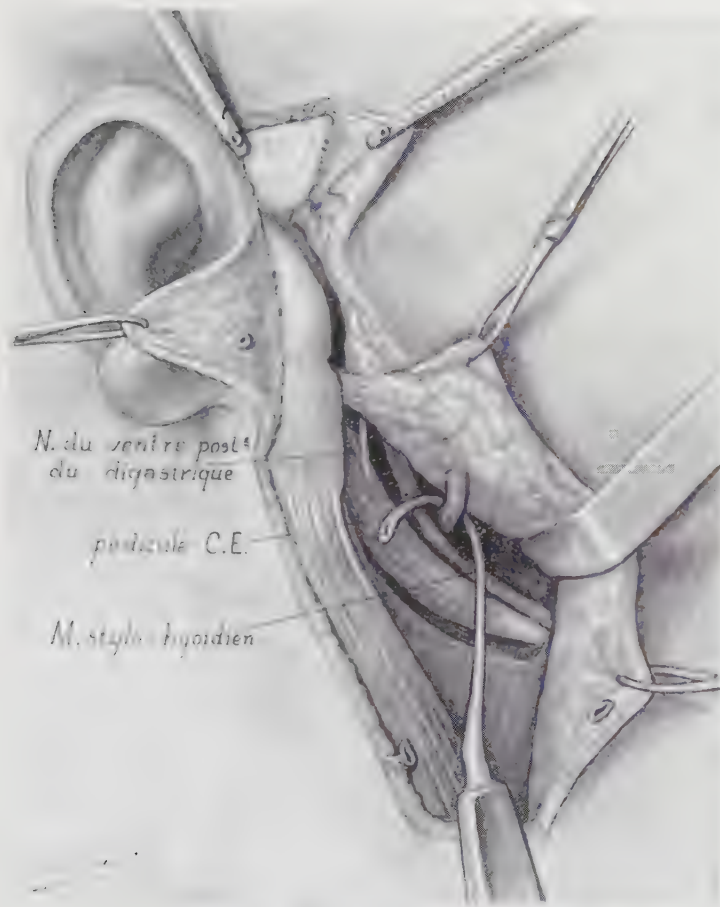


FIGURE 4.

Ligature de la carotide externe.

Sur cette figure est représenté le débridement inférieur
qui n'est pas toujours utile.

de la mâchoire on voit se tendre, coudant le stylo-hyoïdien, la corde d'un gros pédicule qu'on isole aisément du tissu cellulaire : c'est le pédicule de la carotide externe accompagnée d'une ou de plusieurs veines (1).

On la lie au ras du stylo hyoïdien (2).

Ainsi pratiquée, cette ligature est facile (3). Cependant, si le jour est insuffisant en particulier chez les sujets gras et en cas de tumeur volumineuse, il ne faut pas hésiter à faire un débridement cutané antérieur ; l'incision est prolongée de deux ou trois centimètres en direction de la saillie du cartilage thyroïde (voir fig. 1). On n'incise d'ailleurs que la peau pour éviter à coup sûr un rameau cervical qui peut descendre très bas et n'est pas encore disséqué. Les plans sous-jacents se réclinent aisément.

Ainsi la face profonde et la face postérieure de la parotide ne tiennent plus que par le pédicule du facial qu'on va maintenant rechercher.

1. Rappelons que la carotide externe est toujours superficielle par rapport à l'apophyse styloïde que prolonge le ligament stylo-hyoïdien. Elle passe en effet entre le muscle stylo-hyoïdien et la pointe de l'apophyse styloïde quand la styloïde est longue, entre le muscle stylo-hyoïdien et le ligament stylo-hyoïdien quand la styloïde est courte.

2. La pince ayant saisi le pédicule au ras de la glande pourra servir de tracteur.

3. Ne jamais compter pour découvrir le pédicule carotidien sur les pulsations de l'artère. Elles sont toujours très mal senties car la carotide est plus ou moins écrasée du fait de la traction sur la glande.

V. — DÉCOUVERTE DU TRONC DU FACIAL (Fig. 5).

Pour trouver facilement le tronc du facial il faut s'en représenter exactement la situation.

Son émergence nous est indiquée de façon précise par le sillon toujours reconnaissable qui sépare l'apophyse mastoïde du cartilage du conduit auditif externe (1). L'extrémité d'une sonde cannelée couchée dans ce sillon indique, 1 mm. au-dessous d'elle, le point d'émergence du nerf (fig. 3).

Elle le repère en profondeur : le facial est en effet très profond (2), il est plus profond que cartilage et mastoïde, plus profond même que le petit rebord osseux du tympanal qui le protège et sur lequel vient parfois buter la pointe de la sonde cannelée (3).

Il est là, dans ce trousseau fibro-glandulaire qui sépare la zone décollée auditive de la zone décollée pré-mastoïdienne (fig. 2 et 3) ; il en constitue l'élément le plus profond (4).

A ce niveau, le tronc du facial est presque horizontal ;

1. Il suffit de mobiliser le cartilage pour voir ce sillon se dessiner plus nettement encore.

2. « J'ai trouvé que le facial était bien plus profond que je ne pensais » (LERICHE). Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Séance du 11 janvier 1939.

3. Ce rebord osseux est souvent difficile à percevoir : il y a intérêt à ne pas s'en servir comme repère

4. On découvre le tronc blanchâtre du facial entre ces deux parties décollées, là où la glande tient dans la profondeur (CADENAT), *Journal de Chirurgie*, 5 novembre 1936.

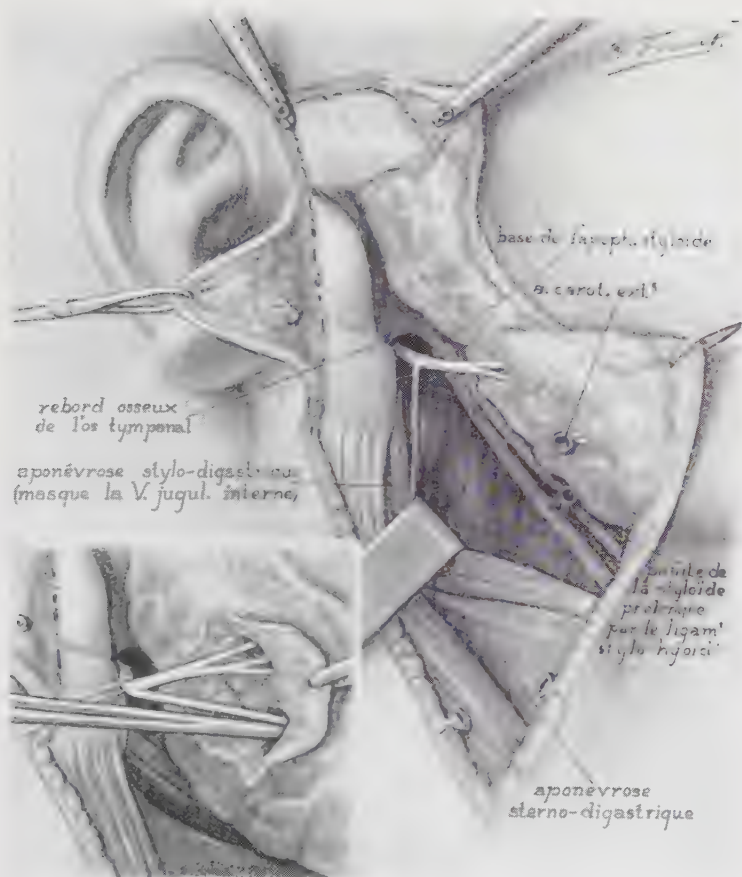


FIGURE 5.

Libération du tronc du facial et clivage de la glande.

L'espace dans lequel on dissèque le tronc du facial a été artificiellement agrandi pour la clarté du schéma.

il se dirige un peu en avant, surtout très en dehors ; profond à son émergence il devient très vite superficiel pour pénétrer entre les lobes superficiel et profond de la glande.

Connaissant bien son émergence et son trajet il est dès lors facile de le libérer.

On pourra sans crainte, restant bien au ras de la mastoïde et sans quitter son contact sectionner au bistouri jusqu'à l'os tympanal les fibres qu'on voit s'étaler à la surface de la glande, et cela jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'une lame fibreuse profonde.

C'est alors que la pointe de la sonde cannelée maniée de la profondeur vers la superficie isolera facilement, au milieu des fibres qui tiennent encore dans la profondeur, le tronc blanchâtre du facial, gros comme la mine d'un crayon (2 mm. de diamètre environ) et toujours résistant (1).

1. Au cours de cette manœuvre, la pointe de la sonde cannelée refoule en dehors les glandules parotidiennes en même temps que les fibres qu'elle dissocie. Elle fait souvent apparaître le nerf à son entrée dans la glande, à sa bifurcation, avant même qu'on ait reconnu nettement son trajet profond.

VI. — DISSECTION DES BRANCHES DU FACIAL (Fig. 5 et 6).

Elle se fait dans un plan qui va permettre de séparer la glande en deux portions, superficielle et profonde, plan qui d'ailleurs existe anatomiquement et n'est pas aussi théorique que certains ont voulu le dire (1).

Elle sera conduite comme pour une « préparation anatomique ». C'est dire que chaque chirurgien retrouvant ses gestes de dissection pourra la pratiquer « à sa manière ».

On suit d'arrière en avant (2) chaque branche puis chaque rameau nerveux, libérant d'abord les espaces cellulaires dans lesquels il chemine puis les rameaux nerveux eux-mêmes tant sur leur face superficielle que sur leur face profonde (3) pour sectionner enfin les ponts glandulaires qui les séparent.

Au cours de ces manœuvres, qu'on répète aussi souvent qu'il le faut et toujours sans la moindre précipita-

1. Lefacial et ses branches terminales forment un plan nerveux discontinu à claire-voie, mais très étendu et occupe dans l'épaisseur de la parotide un plan cellulaire qui divise la glande en deux lobes principaux. L'un superficiel, l'autre profond (ROUVIÈRE). Ces deux lobes se continuent l'un avec l'autre, soit au-dessus du nerf facial qui est ainsi placé entre eux « comme un signet dans un livre dont la reliure serait tournée en haut » (GRÉGOIRE), soit par un pont de substance glandulaire qui occupe l'angle de séparation entre les branches temporo-faciale et cervico-faciale (WORTHER).

En réalité, suivant les sujets, le plan de clivage est plus ou moins net et les ponts glandulaires sont plus ou moins importants ; quoi qu'il en soit, les zones cellulaires existent toujours.

2. Toujours dans le même sens pour éviter de dissocier les fibres au niveau d'une bifurcation.

3. Un dissecteur fin type « Leriche » facilite cette dissection.

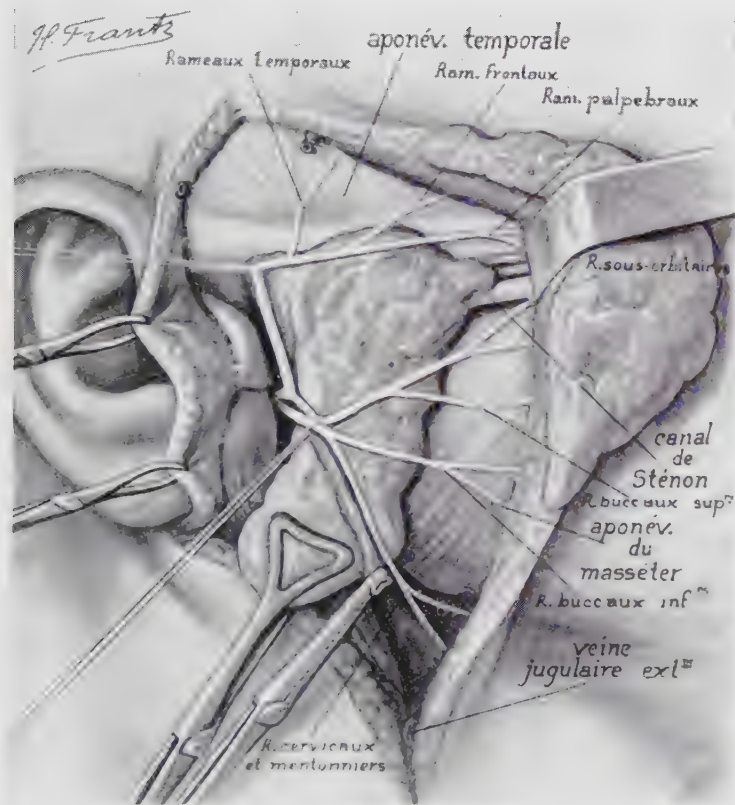


FIGURE 6.
Dissection des branches du facial.

Le facial se bifurque toujours plus tard que ne le représente la figure.
Le rameau buccal supérieur naît souvent tout près de la division du
nerf facial. C'est un filet souvent très mince, le plus fragile, le plus
difficile à disséquer.

tion, il est nécessaire pour bien libérer le filet nerveux que celui-ci soit légèrement, mais suffisamment tendu. A cet effet, il nous semble pratique de le soulever par un fil que tendra le seul poids d'une petite pince ou par un crochet.

La dissection avancera plus ou moins vite selon que le nerf chemine dans un plan celluleux ou au contraire en plein tissu glandulaire.

Il ne faut pas se laisser entraîner par impatience à sectionner tel petit filet qui semble insignifiante, car nous ne savons jamais quel est son rôle moteur.

On poursuit la dissection des filets nerveux jusqu'à leur sortie de la glande, c'est-à-dire jusqu'au tissu cellulograisieux en même temps qu'apparaissent les fibres du masséter.

On est parfois gêné au cours de la dissection de la branche temporo-faciale, par un filet qui pénètre en profondeur dans la glande et dont la traction est douloureuse, nous en avons déjà parlé, c'est la branche anastomotique avec l'auriculo-temporal ; dès qu'elle est reconnue, il faut la sectionner.

Si nous n'avons pas parlé du réseau veineux, c'est qu'en règle, le plan nerveux lui est superficiel et souvent, la dissection du facial se fait en avant d'une grosse veine (veine communicante intra-parotidienne).

Cependant, il existe parfois un réseau veinoux dont les branches sont intriquées avec des filets du facial et imposent de multiples ligatures ; mais jamais l'hémorragie ne rend la dissection impossible ou trop difficile, et, sans qu'il soit nécessaire d'adopter la position demi-assise, quelques ligatures suffisent à assécher le champ opératoire.

Lorsqu'on a suivi tous les filets du facial jusqu'à leur sortie de la glande celle-ci s'est trouvée clivée en deux portions, l'une superficielle, l'autre profonde.

VII. — EXÉRÈSE DE LA GLANDE (Fig. 6 et 7)

La partie superficielle de la glande est aisément détachée de la peau par quelques coups de ciseaux passant dans le plan de la graisse sous-cutanée (1).

L'exérèse de la partie profonde sous-jacente au facial est plus délicate.

Elle se fait de bas en haut, suivant le précepte classique (2).

Libération des 2/3 inférieurs de la glande.

On dégage facilement, d'avant en arrière, le bord antérieur puis la face profonde de la glande en suivant les fibres du masséter et le bord postérieur de la branche montante (zones décollables).

Après avoir sectionné la bandelette maxillaire près de l'angle de la mâchoire, le pôle inférieur déjà en grande partie dégagé au cours de la ligature de la carotide externe se trouve entièrement libéré.

On vérifie à ce moment que la libération de la face profonde est complète en suivant la face externe de la base de l'apophyse styloïde.

1. Rester au contact de la glande pour laisser à la peau tout son panicule adipeux.

2. A ce sujet nous conseillons de consulter l'importante publication de J.-L. FAURE sur l'extirpation de la parotide (*Gazette des Hôpitaux*, 23 mars 1895). Les notions anatomiques et les principes de technique qu'elle expose restent à la base de toute parotidectomie classique.

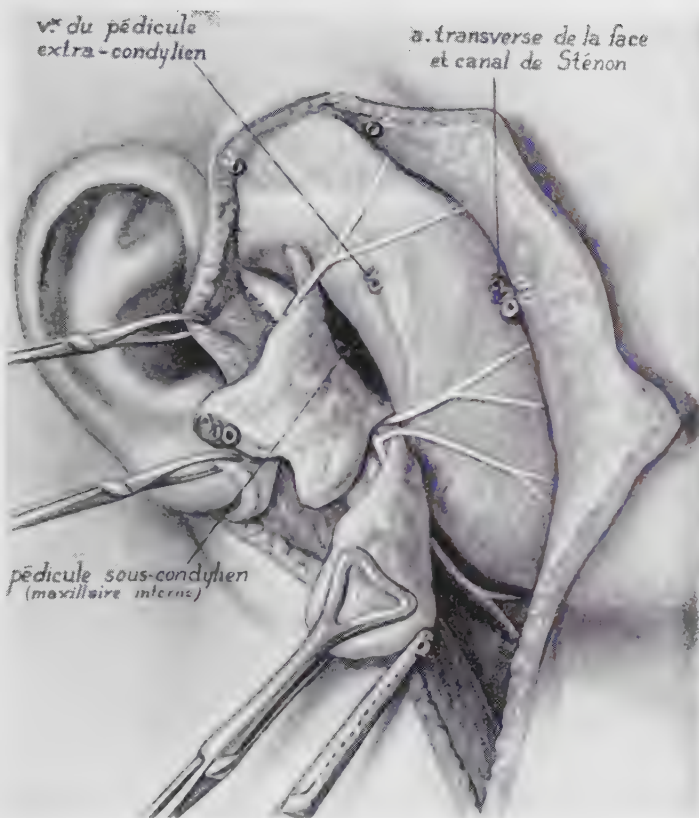


FIGURE 7.

Exérèse du Plan profond.

La portion superficielle de la glande a été enlevée.

La portion profonde en partie libérée : on la récline en arrière entre les filets nerveux là où ils sont espacés.

Le prolongement pharyngien, s'il existe, vient de lui-même ; il n'y a à ce niveau ni adhérences, ni pédicules.

Libération du 1/3 supérieur de la glande et du prolongement massétéрин.

Elle est plus difficile car les zones d'adhérence sont nombreuses et les filets du facial se laissent peu récliner.

On libère le prolongement antérieur qui accompagne le canal de Sténon qu'on lie en même temps que l'artère transverse de la face et quelques veines.

Ce pédicule est alors récliné et l'on poursuit d'avant en arrière la libération.

On sectionne les quelques adhérences superficielles qui retiennent la glande à l'apophyse zygomatique puis, à la face profonde, on va lier le pédicule extra-condylien formé de plusieurs veines étagées pour atteindre le bord postérieur du col du condyle qu'on libère.

La glande ne tient plus alors que par le pédicule sous-condylien et par ses adhérences à la face postérieure de l'articulation temporo-maxillaire. Cette libération est un temps difficile car on est à l'étroit et des veinules saignent.

La ligature du pédicule sous-condylien (artère maxillaire interne et veines du plexus sous-condylien) se fait au bord postérieur du maxillaire en s'efforçant de saisir d'emblée l'artère et les veines (1).

Cette ligature prend le plus souvent en même temps le nerf auriculo-temporal.

La section des adhérences extrêmement solides qui unissent intimement le pôle supérieur de la glande, dans le fond de l'angle aigu de sa loge, au ligament pos-

(1) Ligature difficile et un peu douloureuse qu'on fait plus souvent de bas en haut en glissant la pince derrière et sous la branche montante du maxillaire.

térieur de l'articulation temporo-maxillaire doit être prudente pour éviter d'ouvrir l'articulation.

Le plan profond de la parotide est alors enlevé. La loge parotidienne est vide, le facial flotte dans cet espace.

On vérifie l'hémostase et bien qu'elle semble parfaite il y a toujours intérêt à drainer la loge parotidienne soit par un petit drain, soit par un faisceau de crins ou une lame de caoutchouc étroite qui sortira à l'angle inférieur de l'incision.

Peau et tissus sous-cutanés seront suturés en un plan : crins fins aux angles de l'incision, agrafes dans l'intervalle.

*
* *
*

La durée de l'intervention à l'anesthésie locale est d'environ deux heures :

- une demi-heure pour les 5 premiers temps ;
- une heure pour la dissection des branches ;
- une demi-heure pour l'exérèse et la fermeture.

SUITES OPÉRATOIRES

Elles sont des plus simples : la parotidectomie totale avec conservation complète du nerf facial est une intervention essentiellement bénigne, admirablement supportée.

Le pansement sera renouvelé le soir de l'opération, le drainage supprimé le deuxième ou troisième jour.

Les agrafes seront retirées dès le troisième jour, les crins, le huitième jour.

Une alimentation liquide est nécessaire pendant deux à trois jours, à cause du trismus d'intensité variable d'ailleurs, suivant les cas.

Le lever est autorisé dès les premiers jours et l'hospitalisation ne dépasse pas une semaine.

* * *

L'intervention est suivie d'une paralysie faciale transitoire.

Cette paralysie faciale est constante.

Elle est totale : tant dans le territoire du facial supérieur que dans celui du facial inférieur.

Elle est due, semble-t-il, plus à la dissection des filets du nerf qu'à la dissection du tronc lui-même ou de sa bifurcation. C'est ainsi que, dans des cas de parotidectomie partielle où le tronc du facial et même sa division ont été disséqués, il n'est pas signalé de paralysie post-

opératoire (Observation 17) et que, quant à cette dissection s'ajoute celle de tous les rameaux de l'une des branches (branche cervico-faciale en général) la paralysie n'intéresse que le territoire de la branche disséquée (Observations 12, 14 et 16).

Elle rétrocede toujours assez rapidement.

Les premiers signes de récupération (signes permettant d'affirmer l'intégrité générale du facial) apparaissent en général, vers la deuxième ou la troisième semaine (Observations 1, 4, 5 et 6) parfois plus tôt, au bout de huit jours (Observation 3), parfois plus tardivement, quatrième, sixième semaine (Observations 2 et 7).

Cette récupération semble d'ailleurs débiter par une phase de tonicité (la mastication est plus facile, les aliments ne stagnent plus dans le sillon gingivo-jugal), la motilité volontaire n'apparaissant que quelques jours plus tard.

La progression de la récupération est plus ou moins rapide. Elle ne semble nullement dépendre de la précocité d'apparition des premiers signes.

D'autre part, la récupération ne progresse pas parallèlement dans le territoire des deux branches du facial.

Toute trace de paralysie faciale a, en général, disparu vers le troisième ou le quatrième mois.

On peut dire qu'au bout de six mois le résultat définitif est obtenu.

Les séquelles les plus fréquemment observées sont :
la parésie de la lèvre supérieure,
l'abaissement du sourcil.

Ces séquelles doivent correspondre à la section de filets nerveux ; c'est dire qu'il faut s'astreindre à conserver chaque filet nerveux si ténu soit-il, à cette condition seule le résultat sera parfait.

Parfois un léger état de contracture, soit au niveau de la lèvre supérieure soit au niveau des paupières se traduisant par une ouverture moins complète de l'œil au repos.

Nous avons constaté, enfin, dans certains cas des troubles locaux d'origine sympathique : transpiration et rougeur de la joue après les repas (Obs. 4, 7 et 11) et des troubles de la sensibilité : hypoesthésie de siège variable (région temporale le plus souvent, région jugale plus rarement).

Si, du point de vue de la mimique faciale les résultats sont pour ainsi dire parfaits, du point de vue esthétique ils sont également dans l'ensemble des plus satisfaisants : toute la partie supérieure de l'incision est invisible, la partie inférieure s'atténue rapidement.

Seule persiste une légère dépression rétro-maxillaire.

OBSERVATIONS

Parotidectomies totales.

OBSERVATION N° 1.

Mme V... Léocadie, 37 ans. Tumeur de la parotide droite du volume d'une pomme d'api (évoluant depuis 9 ans), radiothérapie.

Intervention le 2 février 1938 (Clinique rue V...). Op. Dr AUDOUIN.

- Anesthésie locale.
- Parotidectomie totale suivant la technique décrite avec en outre section de la mastoïde.
- La tumeur siège dans le plan superficiel de la glande entre les branches supérieure et inférieure du facial.



Suites opératoires : paralysie faciale totale qui rétrocède vers le 15^e jour.

Récupération pratiquement complète au bout de deux mois 1/2.

Malade revue le 16 juin 1938 : très légère parésie de la commissure labiale droite.

En décembre 1940 : très bon résultat ; la cicatrice est un peu haute, l'œil un peu moins ouvert du côté opéré (Photographie).

Examen histologique (Dr Yvan BERTRAND) : « tumeur mixte de la parotide à prédominance myxoïde. Intrication habituelle des éléments épithéliaux et conjonctifs. Aucun indice de malignité. »

OBSERVATION N° 2.

Mme P... Paulette, 25 ans.

Enucléation d'une tumeur mixte de la parotide droite le 9 mars 1937 (Dr AUDOUIN). Récidive dès juillet 1937. Le volume de la tumeur s'accroît progressivement.

Intervention le 13 septembre 1938 (Clinique P. Ch.) Op. Dr AUDOUIN.

— Anesthésie locale.

— Parotidectomie totale selon la technique décrite.

— La tumeur siège dans le plan superficiel de la glande en dehors des filets du facial.

La malade quitte la clinique le 5^e jour.

Suites opératoires : paralysie faciale totale qui rétrocede tardivement vers la 4^e semaine.

Récupération pratiquement complète le 4^e mois.

Malade revue en janvier 1939 : à peine une légère parésie de la lèvre supérieure.

En décembre 1940 : très bon résultat ; cicatrice parfaite, seulement visible au cou, mais à peine apparente (Photographie).



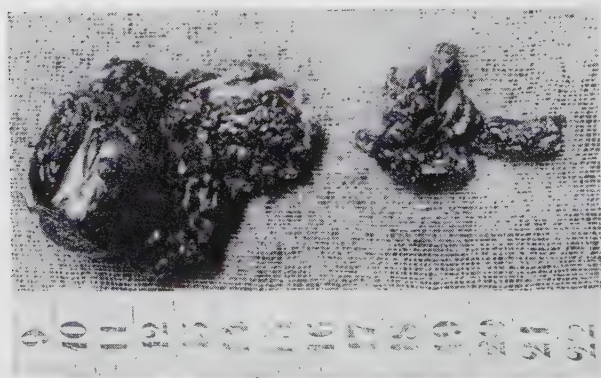
Examen histologique (Dr Yvan BERTRAND) : « tumeur mixte caractérisée par une intrication habituelle des éléments épithéliaux et conjonctifs ; l'élément myxoïde prédomine nettement. Pas de monstruosité cellulaire, mitoses rares. Aucun signe de dégénérescence maligne. »

OBSERVATION N° 3.

M. T... Emile, 18 ans. Tumeur de la parotide gauche, du volume d'une noix (début il y a 6 ans).

Intervention le 1^{er} juin 1939 (Clinique P. Ch...). Op. Dr AU-DOUIN.

- Anesthésie locale.
- Parotidectomie totale suivant la technique décrite.
- La tumeur siège dans le plan superficiel de la glande en dehors des filets du facial.



Le malade quitte la clinique le 5^e jour.

Suites opératoires : paralysie faciale totale qui rétrocede dès le 8^e jour.

Amélioration très nette au bout de 6 semaines.

Malade revu en décembre 1940 : résultat parfait ; cicatrice un peu visible dans la région du lobule de l'oreille et dans sa partie cervicale (Photographie).

Examen histologique (Dr MILLOT) : image classique de tumeur dite mixte (épithélioma à stroma mucoïde) forme très limitée.

OBSERVATION N° 4.

Mme O... Fernande, 35 ans. Tumeur de la parotide droite du volume d'une petite noix.

Intervention le 19 septembre 1939. Hôp. Necker, Serv. du Dr BERGERET. Op. Dr AUDOUIN.

- Anesthésie totale.
- Parotidectomie totale suivant la technique décrite.
- La tumeur siège dans le plan superficiel de la glande en dehors des filets du facial.



La malade quitte l'hôpital le 8^e jour.

Suites opératoires : paralysie faciale totale qui rétrocede le 15^e jour. Au bout de 2 mois persiste encore une parésie de la paupière supérieure.

Récupération pratiquement complète le 4^e mois.

Malade revue en décembre 1940 : résultat passable.

Mélange d'hypertonie et de parésie partielle de la lèvre supérieure (un petit filet buccal a-t-il été sectionné ?) Œil moins ouvert.

Région pariétale sensible.

Troubles locaux d'origine sympathique : transpiration et rougeur de la joue après les repas (Photographie).

N. B. — Résultat meilleur que ne semble le montrer la photographie.

Examen histologique (Dr MILLOT) : tumeur mixte du type habituel myxoïde.

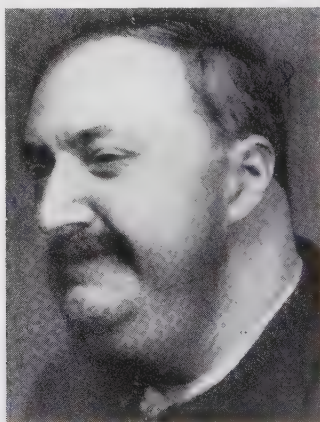
OBSERVATION N° 5.

M. B... Fernand, 47 ans. Adéno-lipomatose.

Intervention le 5 juin 1939. Hôp Necker, Serv. du D^r BERGERET. Op. D^r AUDOUIN.

— Anesthésie locale.

— Parotidectomie totale suivant la technique décrite, mais la branche sterno-mastoïdienne de l'incision est reportée très en arrière. L'énorme lipomatose rend difficile la découverte du sterno-cléido-mastoïdien et du digastrique.



Suites opératoires : paralysie faciale totale qui montre un début de récupération le 15^e jour.

Récupération totale et complète au bout de 3 mois.

Malade revu en décembre 1940 : résultat parfait quant à la motilité faciale et à la cicatrice (Photographie).

Examen histologique (D^r MILLOT) : vastes nappes de tissu cellulo-adipeux contenant quelques petits ganglions tuberculeux.

Nous ne voulons pas discuter ici de l'opportunité de cette intervention. L'observation n'est publiée qu'en tant que parotidectomie totale avec conservation intégrale du nerf facial.

OBSERVATION N° 6.

Mme M..., 35 ans. Tumeur de la parotide droite du volume d'un petit œuf évoluant depuis un an.

Intervention le 12 septembre 1935. Hôpital Cochin. Op.
D^r PADOVANI.

- Anesthésie générale (Schleich).
- Parotidectomie totale. Incision contournant le conduit auditif externe et prenant fin au milieu du tragus. Section de la pointe de la mastoïde. Découverte du tronc du facial. Ligature de la C. Ext. Dissection des rameaux du facial.
- La tumeur est, tout entière située en dehors du nerf facial, séparée de lui par un peu de tissu glandulaire normal.

Il est nécessaire d'enlever isolément le prolongement antérieur de la parotide.

La malade quitte l'hôpital le 7^e jour.

Suites opératoires : paralysie faciale totale.

Début de récupération au bout de trois semaines.

Récupération pratiquement complète le 4^e mois.

Examen histologique (D^r LETULLE) : tumeur mixte à tissus combinés inégalement répartis.

Cette observation est publiée *in extenso* dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. 64, n° 31, séance du 7 décembre 1938.

OBSERVATION N° 7 (Inédite).

Mme B... Juliette, 49 ans. Tumeur de la parotide gauche du volume d'un œuf de pigeon (douleurs très vives). Début en 1911. Récidives en 1912 et en 1914 après énucléation. En 1914, apparition de douleurs. Radiothérapie : amélioration. En 1939. réapparition des douleurs, la tumeur augmente de volume.

Intervention le 21 janv. 1939. Hôp. Boucicaut, Serv. du Professeur agrégé OKINCZYC. Op. D^r REDON.

— Anesthésie générale.

— *Parotidectomie totale*, section de la mastoïde, dissection difficile de la branche supérieure du facial.

Suites opératoires : paralysie faciale totale.

Début de récupération au bout de 1 mois 1/2 environ.

Malade revue en décembre 1940 : parésie faciale gauche (facial supérieur et facial inférieur) qui tend d'ailleurs à s'atténuer.

Cicatrice souple. Dépression rétro-maxillaire importante.

Rougeur et transpiration de la joue après les repas.

Parotidectomies sub-totales.

(sans ablation du plan profond de la glande).

OBSERVATION N° 8.

Mme B... Philiberte, 51 ans, tumeur de la parotide gauche de 3 cm. de diamètre environ. Début il y a plusieurs années. Augmente de volume surtout depuis un mois.

Intervention le 19 février 1935. Hospice Départemental Paul Brousse, Op. Dr REDON.

- Anesthésie générale (éther).
- Parotidectomie sub-totale (section de la mastoïde).
- La tumeur siège en dehors des filets du facial.
- Dissection du tronc et des deux branches du facial.

La malade quitte l'hôpital le 14^e jour.

Suites opératoires : paralysie du facial inférieur qui recède en 12 jours.

Examen histologique : c'est un examen histologique extemporané confirmant le diagnostic de tumeur mixte qui a autorisé une dissection minutieuse et au contact de la tumeur des filets du facial.

Examen histologique sur coupe à la paraffine : « Image « caractéristique de tumeur dite mixte avec prédominance « des aspects dissociés. Quelques aspects canaliculaires ou « en boyaux pleins. Pas de zones chondroïdes. »

Cette observation et les 2 observations suivantes sont publiées dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. 64, n° 31, séance du 7 décembre 1938.

OBSERVATION N° 9.

Mme D... Jeanne, 23 ans. Tumeur de la parotide droite du volume d'un œuf de pigeon. Début il y deux ans.

Intervention le 27 juillet 1935. Hospice Départ. Paul Brousse.
Op. D^r REDON.

- Anesthésie générale.
- Parotidectomie sub-totale. Section de la mastoïde.
- La tumeur est profondément fixée en dedans de l'émergence du facial. La capsule tumorale adhérente en profondeur à l'os et aux tissus voisins est enlevée dans sa totalité au prix de la section du tronc du facial. Suture des deux bouts du nerf.

La malade quitte l'hôpital le 18^e jour.

Suites opératoires : paralysie faciale totale.

Dès la cicatrisation, traitement d'ionisation.

Le 20 octobre, « le nerf est excitable pour tout son domaine » (D^r BOURGUIGNON).

En juin 1938 : occlusion palpébrale complète, mais léger état de contracture pendant les mouvements. Légère asymétrie faciale.

Le 6 décembre 1938 : régénération complète, mais contraction un peu asymétrique et mouvements toujours partiellement associés de l'œil et de la bouche.

Les circonstances n'ont pas permis de revoir la malade.

Examen histologique : tumeur dite mixte mais avec plages d'épithélioma remanié.

OBSERVATION N° 10.

M. R... Pierre, 12 ans. Tumeur de la parotide de 6 cm. sur 5 cm. Début il y a 5 ans.

Intervention le 7 avril 1937. Hospice Départ. Paul Brousse.
Op. D^r REDON.

— Anesthésie générale (éther).

— Parotidectomie sub-totale. Section de la mastoïde et du digastrique. Découverte du facial et dissection de ses deux branches jusqu'en dehors de la tumeur. Les prolongements antérieur et sténonien non envahis, sont laissés en place.

Suites opératoires : paralysie faciale totale.

Début de récupération au bout d'un mois.

Malade revu le 3 août 1937 : plus de paralysie faciale.

Examen histologique : tumeur dite mixte, mais plages d'épithélioma remanié de la parotide.

OBSERVATION N° 11 (Inédite).

Mme J... Suzanne, 33 ans. Tumeur de la parotide droite, du volume d'un petit œuf (évoluant depuis 5 ans).

Intervention le 25 janvier 1939, Hôp. Saint-Louis, Serv. du Professeur agrégé L. BAZY. Op. D^r REDON.

— Anesthésie générale.

— Parotidectomie sub-totale : section de la mastoïde, pas de ligature première de la carotide externe.

— La tumeur siège entre les deux branches du facial, superficielle par rapport à la branche inférieure.

La malade quitte l'hôpital le 8^e jour.

Suites opératoires : paralysie faciale totale.

Un mois après l'intervention il persiste : une parésie faciale droite surtout manifeste à la fin de la journée ; une légère douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire entraînant une gêne dans la mastication ; une anesthésie des zones pré-auriculaire, sous et rétro-angulo-maxillaires jusqu'à la région sus-hyoïdienne.

Récupération pratiquement complète le 5^e mois.

Malade revue en décembre 1940 : résultat parfait.

A signaler une transpiration de la joue, une zone d'hypoesthésie dans la région angulo-maxillaire et une légère sensibilité de la région sous-lobulaire.

OBSERVATION N° 12 (Inédite).

Mme P..., 54 ans. Tumeur de la parotide droite du volume d'un œuf. Début il y a huit ans. S'est accrue surtout depuis trois mois. A noter quelques douleurs en éclair dans la région maxillaire inférieure.

Intervention le 5 septembre 1936. Hôtel-Dieu. Serv. du Professeur B. CUNÉO. Op. Dr A. SICARD.

- Anesthésie générale (éther).
- Parotidectomie sub-totale. Section de la pointe de la mastoïde. Ligature de la C. ext. en son lieu d'élection. Dissection du tronc du facial et de sa branche inférieure.
- La tumeur qui siège en dehors des filets du facial est enlevée avec le lobe superficiel de la glande.

La malade quitte l'hôpital le 3^e jour.

Suites opératoires : paralysie faciale inférieure (facial supérieur indemne, seule son origine a été découverte).

Récupération au bout de cinq semaines.

Malade revue le 2 janvier 1941 : pas de récurrence. Cicatrice peu apparente, dépression rétro-maxillaire peu prononcée, mimique faciale normale.

Examen histologique (P. FEVEL) : tumeur mixte avec prédominance de l'élément épithélial.

OBSERVATION N° 13 (Inédite).

Mme F..., 66 ans. Tumeur de la parotide gauche, bilobée, chaque lobe du volume d'une orange ; le lobe supérieur est développé devant le conduit auditif externe, le lobe inférieur au-dessous de l'oreille. Début il y a 17 ans. Augmente de volume surtout depuis 18 mois.

Intervention le 22 novembre 1937. Op. Dr. A. SICARD.

- Anesthésie générale (éther).
- Parotidectomie sub-totale. Section de la pointe de la

mastoïde. Ligature de la C. Ext. au bord inférieur du digastrique. Dissection du facial supérieur et inférieur.
— La tumeur entièrement située en dehors des filets du facial est enlevée avec le lobe superficiel de la glande.

La malade sort de l'hôpital le 18^e jour.

Suites opératoires : Paralysie faciale totale.

Début de récupération vers le 18^e jour, d'abord dans le territoire du facial supérieur.

Au bout de deux mois, plus de paralysie faciale.

Malade revue le 9 janvier 1941. Pas de récurrence. Dépression pré-auriculaire assez importante. La face est normale.

Examen histologique (P. FEYEL). Tumeur mixte.

OBSERVATION N^o 14 (Inédite).

M. M..., 78 ans. Tumeur de la parotide droite de la dimension d'une petite mandarine (accroissement manifeste depuis un mois).

Intervention le 11 sept. 1938. Hôtel Dieu, Serv. Prof. B. CUNÉO. Op. Dr. A. SICARD.

— Anesthésie locale.

— Parotidectomie partielle. Section de la mastoïde. Découverte du facial. Ligature de la c. ext. au bord inférieur du digastrique. Dissection du facial inférieur qui traverse la tumeur.

Le malade quitte l'hôpital le 15^e jour.

Suites opératoires : Paralysie faciale inférieure (le facial supérieur n'a pas été disséqué).

Début de récupération le 15^e jour.

Les circonstances n'ont pas permis de revoir le malade.

Examen histologique (P. FEYEL). Polyadénome parotidien. En quelques points cellules néoplasiques diffusées dans le cadre conjonctif de soutien.

OBSERVATION N° 15 (Inédite).

Mme W..., 33 ans. Tumeur de la parotide droite de la dimension d'une orange. Apparition lente et progressive.

Intervention le 12 novembre 1940. Hôtel Dieu, Serv. Prof. CUNÉO Op. Dr. A. SICARD.

— Anesthésie locale, précédée de deux injection de scopphédal.

— Parotidectomie sub-totale. Section de la pointe de la mastoïde. Ligature de la c. ext. Dissection des deux branches du facial. La branche inférieure est intratumorale. La dissection de ses rameaux oblige à ouvrir la tumeur.

La malade quitte l'hôpital le 11^e jour.

Suites opératoires : Paralysie des deux branches du facial qui a presque complètement disparu le 11^e jour.

Malade revue le 19 décembre 1940 : la paralysie faciale n'est plus apparente.

Examen histologique (P. FEYEL). Tumeur mixte ne présentant pas de dégénérescence néoplasique.

OBSERVATION N° 16 (Inédite).

Mme B..., 41 ans. Tumeur de la parotide gauche du volume d'un œuf. Début il y a deux ans.

Intervention le 7 mars 1940. Maison de Santé V. H. Op. Dr BERGERET.

— Anesthésie locale.

— Incision et découverte du facial selon la technique décrite.

— Parotidectomie sub-totale sans ligature de C. ext. Dissection de la bifurcation du facial et de sa branche inférieure.

— La tumeur qui siège en dehors du plan du facial est enlevée avec le lobe superficiel de la glande.

La malade quitte la clinique le 10^e jour.

Suites opératoires : paralysie du facial inférieur.

Début de récupération la 3^e semaine.

Récupération complète au bout de 6 semaines.

Malade revue le 18 décembre 1940 : tissus souples au-dessous d'une cicatrice linéaire. Aucun trouble de la motilité faciale.

Examen histologique (Conclusions). Les lésions histologiques sont celles d'une tumeur mixte.

OBSERVATION N° 17 (Inédite).

Mme B..., Catherine, 63 ans. Tumeur de la parotide droite du volume d'une noix. (Récidive d'une énucléation pratiquée il y a 19 ans.)

Intervention le 18 décembre 1928. Hôtel-Dieu. Op. D^r BERGERET.

- Anesthésie générale (chloroforme).
- Recherche puis dissection du facial.
- Parotidectomie partielle (la tumeur est à cheval sur le nerf).

Malade revue en décembre 1940 : pas de récurrence. Tissus souples. Aucun trouble de la motilité faciale.

Examen histologique : tumeur mixte.

CONCLUSIONS

1° La parotidectomie totale avec conservation intégrale du nerf facial et de ses branches est une intervention bien réglée, minutieuse certes, mais sans difficultés importantes.

C'est une intervention essentiellement bénigne ne demandant que quelques jours d'hospitalisation.

2° La technique que nous proposons ne comporte pas de section de l'apophyse mastoïde; elle comprend :

- a) Une grande incision « brisée » respectant l'esthétique : horizontale sus-zygomatique dans la naissance des cheveux, verticale dans le sillon pré-tragien, horizontale sous-lobulaire et enfin, oblique cervicale sur la face externe du sterno-cléido-mastoïdien.
- b) La libération, en haut de la zone auditive (pré-tragienne), en bas de la zone sterno-mastoïdienne, entre lesquelles se tend le trousseau fibreux qui masque le facial.
- c) La recherche et la libération du muscle digastrique.
- d) La ligature de la carotide externe après son croisement avec le stylo-hyoïdien.
- e) La recherche et la dissection du tronc du facial puis de ses branches, tant supérieure qu'inférieure jusqu'à leur sortie de la glande.
Cette dissection se fait sans hémorragie notable dans un plan de clivage plus ou moins net.
- f) Ce plan divise la glande en deux parties, l'une superficielle, l'autre profonde.

La partie superficielle qui, le plus souvent contient la tumeur, ne tient plus qu'à la peau et son exérèse est facile.

L'exérèse de la partie profonde est plus délicate ; elle se fait d'avant en arrière et de bas en haut, avec ligature des différents pédicules et se termine par la libération de la partie haute de la glande adhérente à la face postérieure de l'articulation temporo-maxillaire.

g) Une suture en un plan avec drainage à la partie déclive par lame de caoutchouc étroite.

3° Cette intervention est suivie :

D'une paralysie faciale transitoire par élongation qui dure de deux à six semaines.

D'une période de récupération fonctionnelle qui aboutit au résultat définitif entre quatre et six mois.

Ce résultat est constamment excellent, le plus souvent absolument parfait.

4° Devant la constance des résultats, il est permis de dire que la parotidectomie avec conservation intégrale du nerf facial doit devenir une intervention courante et être la règle dans le traitement des tumeurs bénignes ou dites telles de la parotide.

Il nous semble que la parotidectomie totale doive être préférée à la parotidectomie sub-totale ou partielle.

Vu : le Président de la thèse,
P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer:
Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris.
CARCOPINO.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie comporte uniquement des références de technique opératoire sur la parotidectomie *avec conservation* du facial.

ADSON et OTT. — Conservation du nerf facial dans le traitement radical des tumeurs de la parotide (*Archives of Surgery*, Chicago, mai 1923).

AUBRY et BACLESSE. — Parotidectomie totale pour tumeur mixte en voie de dégénérescence avec conservation du facial supérieur, et association de radiothérapie (Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, séance du 15 mars 1937 in *les Annales d'oto-laryngologie*, 1937, n° 6, p. 549).

BURCKHARD (Hans). — Extirpation totale de la parotide avec conservation du facial (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1923).

CADENAT (F. M.). — Extirpation des tumeurs bénignes de la parotide (*Journal de Chirurgie*, t. 48, n° 5, nov. 1936).

DUVAL (Pierre). — Conservation des rameaux supérieurs (fronto-palpébraux) du facial dans l'extirpation totale de la parotide en dehors du cancer (*Revue de Chirurgie*, fév. 1914).

DUVAL (P.) et REDON (H.). — Extirpation totale ou subtotalaire de la parotide avec conservation de la branche supérieure du facial dans les tumeurs dites mixtes de la glande (*Journal de Chirurgie*, t. XXXIX, n° 6, juin 1932).

HABERER (Von). — Hémangiome de la parotide. Parotidectomie subtotalaire avec conservation intégrale du facial (*Archiv. für Chirurgie*, Bd 93, Heft 4, 1910).

- LERICHE. — Ablation totale de la parotide avec conservation complète du nerf facial (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. 65, n° 1, séance du 11 janvier 1939).
- OMBRÉDANNE (Marcel). — Parotidectomie totale pour tumeur mixte, avec conservation du facial supérieur (Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, séance du 9 juil. 1934 in *les Annales d'Oto-laryngologie*, n° 12, déc. 1934).
- PADOVANI (P.) et REDON (H.). — Tumeurs mixtes de la parotide, ablation totale de la glande avec conservation complète du nerf facial (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, séance du 7 déc. 1938, t. 64, n° 31).
- SALTZSTEIN (H. C.). — Ablation totale de la glande parotide avec conservation du nerf facial (*Annals of Surgery Philadelphia*, vol. 103, n° 4, avril 1936).
- TOUPET. — Sur les tumeurs dites bénignes de la parotide (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. 65, n° 29, 13 déc. 1939).
-

